様式２

滋賀県病院事業庁育児休業代替任期付職員等登録変更・取消届

年　　　 月　　 　日

　滋賀県病院事業庁長　様

氏名

　下記のとおり、滋賀県病院事業庁育児休業代替任期付職員等登録の変更・取消をしたいので、届け出ます。

記

（該当する項目を○で囲んでください。)

変　　更

取　　消

|  |
| --- |
| 職種・整理番号（※必須） |
| 変更内容（※該当がある場合） |